
Articolo 1, commi 277-280
(Disposizioni su incrementi dei limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati)

I commi 277-280 dispongono circa un innalzamento dei limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati.

In particolare, il **comma 277** dispone un ulteriore incremento del limite di spesa per l'erogazione delle **prestazioni assistenziali** ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte di soggetti privati accreditati, pari a 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e a 1 punto percentuale a decorrere dal 2026.

Dette risorse incrementalì, ai sensi del **comma 278**, sono anche destinate alle **prestazioni di ricovero e ambulatoriali**, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.

Il **comma 279, aggiunto durante l'esame alla Camera**, dispone, al fine di ridurre il fenomeno dell'attesa di ricovero nei reparti di pronto soccorso, l'**innalzamento di ulteriori 0,5 punti percentuali** a decorrere **dal 2026** del tetto di spesa previsto al comma 277 – che per il 2026 prevede solo 1 punto percentuale –, riferito all'**acquisto di prestazioni sanitarie da parte di strutture sanitarie private dotate di pronto soccorso** e inserite nella rete dell'emergenza, con la finalità di ridurre, in attesa della completa implementazione delle reti territoriali, il **fenomeno del boarding di pronto soccorso**, vale a dire il ritardo nella presa in carico del paziente che ha effettuato l'accesso al pronto soccorso.

Con gli interventi in esame, pertanto, si incrementa il limite di spesa complessivo destinato alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali presso le strutture sanitarie inserite nella rete di emergenza-urgenza.

Il **comma 280** dispone la copertura degli oneri di cui al precedente comma 277, quantificati in 61,5 milioni di euro per il 2025 e in 123 milioni di euro annui a decorrere dal 2026, a valere sulle risorse destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale previste a normativa vigente.

Al **comma 277 non sono ascritti effetti finanziari**, in quanto alla copertura degli oneri derivanti dal comma 1, pari a 61,5 milioni di euro per l'anno 2025 e a 123 milioni annui a decorrere dal 2026, si provvede a **valere sulle risorse già previste a legislazione vigente** destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

Il **comma 277** disposizione pertanto **aggiorna il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati**, di cui all'articolo 15, comma 14, del [D.L. n. 95/2012¹⁶⁵](#) (L. n. 135 del 2012), come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023 (legge di Bilancio 2024).

La finalità dell'aggiornamento è di elevare tale limite di spesa per l'erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei LEA (livelli essenziali di assistenza) acquistate da strutture sanitarie accreditate per una percentuale pari a 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale con decorrenza dal 2026.

Il citato comma 233 ha infatti aggiornato il **tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati**, innalzandolo rispetto al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, di 1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026. Con l'intervento in esame, pertanto, il limite complessivo aumenta a 3,5 punti percentuali nel 2025 e a 5 punti percentuali per gli anni dal 2026 in poi.

La finalità della rideterminazione del tetto è stata espressamente indicata quale misura concorrente all'ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA), ribadendo il necessario rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale.

Nella relazione tecnica allegata al disegno di legge originario, si evidenziava che l'onere del previsto, graduale innalzamento del tetto in questione era pari a circa 123 milioni di euro per l'anno 2024, 368 milioni di euro per l'anno 2025 e 490 milioni di euro a partire dal 2026, con relativa copertura individuata nell'ambito dell'incremento del fabbisogno sanitario di cui alla medesima legge di Bilancio per il 2024.

In base alla disciplina già vigente¹⁶⁶, in vigore a decorrere dal 2020, il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, vale a dire le strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, è stato determinato in base al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale, applicando una riduzione di detto importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto tale da ridurre la spesa complessiva annua dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.

¹⁶⁵ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.*

¹⁶⁶ Ridefinita dall'art. 45, co. 1-ter del D.L. 124/2019 in materia fiscale e di esigenze indifferibili (L. n. 157/2019) che ha rideterminato, a decorrere dall'anno 2020, la disciplina indicata all'articolo 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012 (L. n. 135/2012), in materia di contratti ed accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera ai fini della razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria.

Si ricorda, inoltre, che la disciplina limitativa di spesa in questione è stata oggetto, nel tempo, di diversi interventi di deroga: il DL n. 18/2020 (L. n. 27/2020, c.d. Cura Italia, art. 3), ha permesso alle regioni e alle province autonome, a date condizioni, di acquistare prestazioni sanitarie - oltre il *budget* prefissato - per affrontare l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19; il DL n. 73/2021 (L. 106/2021, c.d. DL Sostegni-*bis*, art. 26, co. 2), al fine di consentire il recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica, ha permesso di integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, in deroga al tetto vigente in materia, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai *budget* attribuiti per l'anno 2020; la legge di bilancio 2022 (art. 1, co. 277, L. 234/2021), ai fini dell'abbattimento delle liste d'attesa, ha previsto che le regioni e le province autonome possano coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga al tetto di spesa in discorso; in precedenza, l'art. 1 della legge di stabilità 2016 (n. 208/2015), ai commi da 574 a 578, aveva introdotto alcune deroghe alla predetta disciplina di limitazione della spesa, con particolare riferimento all'assistenza ospedaliera di alta specialità.

Peraltro, occorre menzionare al riguardo l'intervento della Corte costituzionale, che con la [sentenza n. 203 del 2016](#), ha dichiarato inammissibili alcune questioni di legittimità costituzionale dell'art. 15, comma 14, del citato D.L. 95/2012 sulla *spending review*, introduttivo del tetto di spesa in oggetto, sollevate in riferimento all'art. 117, terzo comma, della Costituzione, e non fondate diverse altre questioni di legittimità costituzionale del medesimo art. 15, comma 14, sollevate in riferimento agli artt. 3, 32, 41, 97 e 117, primo comma, Cost., quest'ultimo in relazione all'art. 1 del Protocollo addizionale alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU).

Il **comma 278** stabilisce una **specifica destinazione alle risorse** che derivano dall'ulteriore incremento del limite originario dell'acquisto delle prestazioni sanitarie da privati accreditati, innanzi tutto a copertura degli oneri delle **prestazioni di ricovero e ambulatoriali**, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate **dotate di pronto soccorso** ed inserite nella **rete dell'emergenza**, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio.

La rete dell'emergenza-urgenza coinvolge una rete di servizi e presidi individuati dal D.M. 2 aprile 2015 recante il Regolamento di definizione dell'assistenza ospedaliera, che ha previsto un sistema di allerta sanitario n. 118 e di un [numero unico europeo per le emergenze \(NUE\) 112](#). E' inoltre presente un sistema territoriale di soccorso, costituito dai mezzi di soccorso sul territorio con professionisti medici e/o infermieri, oltre che eliambulanze. Nella rete di emergenza vi sono anche i pronto soccorso ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione clinica ovvero per la stabilizzazione del paziente e l'eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, con un coordinamento della centrale operativa. Sono presenti anche i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e

Accettazione (DEA), che rappresentano un'aggregazione funzionale di unità operative, adottano un codice comune di comportamento assistenziale, assicurano una risposta rapida e completa. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alle Unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.

I livelli del triage del pronto soccorso sono denominati con una scala di colori che varia dal codice rosso (emergenza assoluta, con pericolo di vita imminente quali arresto cardiaco, grave difficoltà respiratoria, emorragia massiva, trauma cranico o sospetto ictus, ai fini della somministrazione di cure immediate), al codice arancio (urgenza indifferibile, in cui il paziente presenta una condizione grave che richiede un intervento rapido, ma non è in pericolo di vita immediato, quali dolore toracico, difficoltà respiratore, fratture esposte, crisi ipertensiva o reazioni allergiche anche gravi, in cui i pazienti devono essere visitati entro pochi minuti con cure prioritarie¹⁶⁷).

Il comma 279, aggiunto nel corso dell'esame alla Camera, stabilisce un aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da parte di strutture sanitarie private dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, al fine di acquisire prestazioni ospedaliere afferenti ai reparti ospedalieri di medicina generale, recupero e riabilitazione funzionale e assistenza ai lungodegenti, dando priorità alle strutture immediatamente disponibili e in grado di assicurare migliore recettività nel singolo plesso.

Come sopra accennato, l'intervento è finalizzato a ridurre - in attesa della completa implementazione delle reti territoriali a seguito della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale in forza del nuovo [DM. 77/2022](#) previsto dal PNRR - il fenomeno del **boarding di pronto soccorso**, vale a dire il ritardo nella presa in carico del paziente che ha effettuato l'accesso al pronto soccorso, dopo la decisione del medico di assegnarlo ad una specifica unità di degenza.

Anche in questo caso, l'ambito disciplinato riguarda l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati, di cui all'articolo 15, comma 14, del [D.L. n. 95/2012](#)¹⁶⁸ (L. n. 135 del 2012), come incrementato dall'articolo 1, comma 233, della legge n. 213 del 2023 (legge di Bilancio 2024).

Riguardo al [DM. 77/2022](#) menzionato dalla disposizione e qui richiamato con riferimento alla corrispondente riforma prevista nell'ambito del Programma nazionale di riforma e resilienza, si sottolinea che esso ha ridefinito gli **standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale**, costituendo la prima *milestone* come riforma nell'ambito della Componente 1 Missione 6 del

¹⁶⁷ Per completezza, esistono anche il codice azzurro (urgenza differibile, che richiede approfondimenti diagnostici e visite specialistiche complesse), codice verde (urgenza minore, con pazienti in condizioni stabili senza rischio evolutivo, che comunque richiede una valutazione medica) e, infine, codice bianco (non urgenza, gestibile anche dal medico di famiglia o in ambulatorio, come piccoli tagli, contusioni lievi, raffreddori comuni o richieste di certificati medici).

¹⁶⁸ *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*

PNRR, a completamento della riforma dei servizi sanitari iniziata con il regolamento sull'assistenza ospedaliera di cui al [decreto 2 aprile 2015, n. 70 \(qui un approfondimento\)](#).

Il **comma 280** definisce infine la **copertura** degli oneri stimati dall'incremento del predetto limite di spesa, cifrandoli in **61,5 milioni** di euro per l'anno 2025 e 123 milioni a decorrere dall'anno 2026. Essa è posta a valere sulle risorse destinate all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, comma 246, della [legge n. 213/2023 \(legge di Bilancio 2024\)](#).

Si ricorda che il richiamato **comma 246** della legge di Bilancio 2024 ha disposto la destinazione di una quota delle risorse incrementalmente derivanti dal rifinanziamento del SSN disposto dalla medesima legge, quantificata in 240 milioni di euro per l'anno 2025 e a 340 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, all'incremento delle disponibilità per il perseguimento degli **obiettivi sanitari di carattere prioritario e di rilievo nazionale**, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

Come precedentemente indicato, i commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996 recante **misure di razionalizzazione della finanza pubblica**, trattano, più in dettaglio, delle quote vincolate del Fondo sanitario nazionale da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica a favore di progetti per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità di quelli riguardanti la tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani, oltre che progetti finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie, nonché alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute purché relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA¹⁶⁹.

¹⁶⁹ La procedura di erogazione delle risorse è prevista all'art. 34-*bis* ed è volta ad agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di carattere prioritario di cui al comma 34. In sintesi, tale procedura prevede che il MEF eroghi, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% deve essere subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente Stato-regioni dei progetti presentati dalle Regioni, pena la mancata erogazione della quota residua ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione già erogata.